

Beitrittserklärung

per Post oder per Fax 09771 66 98 23851

Hiermit erkläre ich einen Beitritt
zum Verein zur Förderung der Palliativmedizin e.V.

Name

.....

Vorname

.....

Straße

.....

PLZ/Ort

.....

Telefon

.....

E-Mail

.....

Geburtsdatum (Angabe freiwillig)

.....

Der Jahresmitgliedsbeitrag in Höhe von € (Mindestbeitrag 25 €) **soll von meinem Konto
abgebucht werden:**

**Die Beitrittserklärung bitte ausgefüllt per Post oder Fax 09771 66 98 23851 an den Förderverein
schicken.**

Verein zur Förderung der Palliativmedizin e.V.

Gläubiger-Identifikationsnummer: DE02ZZZ00000521890

SEPA-Lastschriftmandat

Mandatsreferenz: Wird Ihnen in separatem Schreiben mitgeteilt.

Ich ermächtige den Verein zur Förderung der Palliativmedizin e.V. Zahlungen von meinem Konto
mittels Lastschrift einzuziehen.

Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von dem Verein zur Förderung der Palliativmedizin e.V.
auf mein Konto gezogenen Lastschrift einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung
des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten
Bedingungen.

Vorname

.....

Nachname

.....

E-Mail

.....

IBAN

.....

Ort, Datum

.....

Unterschrift

.....